

**Erhebungsbogen
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in der stationären Pflege**

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung

- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe

- MA = Mitarbeiter¹
- PFK = Pflegefachkraft

¹Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Erhebungsbogen zur Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1 Auftragsnummer:	

M/Info									
1.2 Daten zur Einrichtung									
a. Name									
b. Straße									
c. PLZ/Ort									
d. Institutionskennzeichen (IK)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td></tr> </table>	1.		2.		3.		4.	
1.									
2.									
3.									
4.									
e. Telefon									
f. Fax									
g. E-Mail									
h. Internet-Adresse									
i. Träger/Inhaber									
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln								
k. ggf. Verband									
l. Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege								
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag									
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung									
o. Heimleitung Name									

p.	Verantw. PFK Name	
q.	Stellv. verantw. PFK Name	
r.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
t.	Name des Ansprechpartners für die DCS	
u.	E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	
v.	Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	

M/Info			
1.3 Daten zur Prüfung			
a.	Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek	
b.	Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c.	Datum		
		von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
d.	Uhrzeit		
		1. Tag	von
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e.	Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung		
f.	Prüfende(r) Gutachter		
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	

<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
h. Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes für die DCS	Name
	E-Mailadresse

<small>M/Info</small>		
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung		
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)		
c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung		
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI		
	TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

<small>M/Info</small>	
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation	

	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert				
	eingestreut				
	solitär				

<small>M/Info</small>									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
	ja <input type="checkbox"/>								
	nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/>								
	nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/>								
	nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/>								
	nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/>								
	nein <input type="checkbox"/>								

<small>M/Info</small>	
1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	MRSA

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
1.8	Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
1.9	Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
d.	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
1.10	Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
1.11	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> Betreuung		
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

2. Allgemeine Angaben

<small>Info</small>	
2.1	Defizite in der Ausstattung bei:
a.	<input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)
b.	<input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen
c.	<input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren
d.	<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)
e.	<input type="checkbox"/> Bad und Toilette
f.	<input type="checkbox"/> Fäkalienspülen
g.	<input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage
h.	<input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten
i.	<input type="checkbox"/> Fußboden
j.	<input type="checkbox"/> Beleuchtung
k.	<input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)
l.	<input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke
m.	<input type="checkbox"/> Sonstiges

2.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?	ja	nein		E.
	<small>M/T51/B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T52/B</small>				
c.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>M/T37/B</small>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/T38/B</small>				
b.	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/T39/B</small>				
c.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Aufbauorganisation Personal

3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>B</small>				<input type="checkbox"/>
a.	Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>				
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Betreuung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
g.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.2	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	ja	nein		E.
	<small>Info</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		ja	nein
<small>B</small>			
a.	Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>			
b.	ausreichende Berufserfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>			
c.	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>			
d.	Weiterbildung zur Leitungsqualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>Info</small>	
3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?	
Stunden	

<small>Info</small>		ja	nein	E.
3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?				

<small>Info</small>		ja	nein	E.
3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>Info</small>		ja	nein	E.
3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>				
a.	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>				
b.	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Info

3.8 Zusammensetzung Personal

Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
Betreuung						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						

4. Ablauforganisation

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		ja	nein	E.
M/B				<input type="checkbox"/>
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?		ja	nein	E.
B				<input type="checkbox"/>
a.	Umsetzung des Pflegekonzeptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/B		ja	nein	t. n. z.	E.
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		ja	nein	E.
M/B				<input type="checkbox"/>
a.	dokumentenecht (z. B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
j.	Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/B		ja	nein	E.
4.5	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Qualitätsmanagement

<small>M/B</small>		ja	nein		E.
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	Nicht geprüft	E.
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>Info</small>		ja	nein		E.
5.3	Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein		E.
5.4	Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
5.5	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	zeitlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	inhaltlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>M/T32/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.6	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T50/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.7	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hygiene

<small>M/T53/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.1	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.2	Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>				
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Verpflegung

<small>M/T57/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
7.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?	ja	nein	t. n. z.	E.
	M/T55/B				<input type="checkbox"/>
a.	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T41/B				
b.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T56/B				
c.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T58/B				
d.	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

7.3	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	ja	nein		E.
	M/T54/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

7.4	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?	ja	nein	t. n. z.	E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.5	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?	ja	nein		E.
	M/T59/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

8. Betreuung

8.1	Werden Leistungen der Betreuung angeboten?	ja	nein		E.
	M/T42/B				<input type="checkbox"/>
a.	Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T43/B				
b.	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T44/B				
c.	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T45/B				
d.	Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
8.2	Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T46/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
8.3	Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
8.4	Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
8.5	Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja welche?				

<small>M/Info</small>	
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?		

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
d.	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.9	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	ja	nein	E.
	M/T47/B			<input type="checkbox"/>
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T48/B			
b.	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.10	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	ja	nein	E.
	M/T49/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

9. Allgemeine Angaben

M/Info		
9.1	Auftragsnummer:	
	Datum	Uhrzeit
		Nummer Erhebungsbogen

M/Info			ja	nein
9.2	Angaben zum Bewohner			
a.	Name			
b.	Pflegekasse			
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsdatum			
e.	Einzugsdatum			
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung			
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vorhandene Unterlagen			

M/Info		
9.3	Anwesende Personen	
a.	Name des Gutachters	
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	

10. Behandlungspflege

M/T22/B					
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	ja	nein	t. n. z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T23/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T24/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T25/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T26/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		nein
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>
ja:		
akute Schmerzen		<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen		<input type="checkbox"/>
Von:		
Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen		<input type="checkbox"/>

<small>M/T13/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

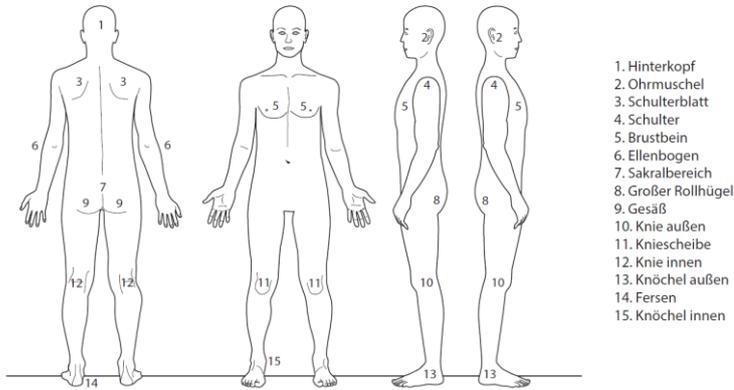
<small>M/T14/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T15/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T27/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



- 1. Hinterkopf
- 2. Ohrmuschel
- 3. Schulterblatt
- 4. Schulter
- 5. Brustbein
- 6. Ellenbogen
- 7. Sakralbereich
- 8. Großer Rollhügel
- 9. Gesäß
- 10. Knie außen
- 11. Kniescheibe
- 12. Knie innen
- 13. Knöchel außen
- 14. Fersen
- 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>			nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>	
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>				
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T					
b.	Ort der Entstehung	Stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>			nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>	
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____					
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>	
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>		
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>	
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>				

<small>M/Info</small>	
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2

t. n. z.

<small>M/T3/B</small>	
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?

ja nein t. n. z. E.

<small>M/T5/B</small>	
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja nein t. n. z. E.

<small>M/T4/B</small>	
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?

ja nein t. n. z. E.

<small>M/T6/B</small>	
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?

ja nein t. n. z. E.

11. Mobilität

<small>M/Info</small>	
11.1	Bewohner angetroffen:
a.	<input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten (inklusive Paresen, Kontrakturen)		
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten		
c.	Lageveränderung im Bett		
d.	Aufstehen		
e.	Sitzen/Lageveränderung im Sitzen		
f.	Stehen		
g.	Gehen		

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.3	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/T18/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T19/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/T1/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T2/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
			t. n. z. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
b. Aktuelle Größe in cm				
c. Aktueller BMI (kg/m ²)				
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info				
12.2 Der Bewohner ist versorgt mit:				
		Beschreibung		
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)			
b. <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c. <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem				

t. n. z.

<small>M/Info</small>		<small>Ja</small>	<small>nein</small>	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>		

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>		

<small>M/T7/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T10/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T8/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.7	Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsvorsorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T11/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T9/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T12/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T28/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Harninkontinenz

M/Info	
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b. <input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c. <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d. <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e. <input type="checkbox"/> Sonstigem	

t. n. z.

M/Info		ja	nein
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
Gutachter beurteilt		<input type="checkbox"/>	
Einrichtung übernommen		<input type="checkbox"/>	

M/T16/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ther individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?			

M/T17/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ther die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?			

14. Umgang mit Demenz

M/Info		ja	nein
14.1 Orientierung und Kommunikation			
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T33/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners be- achtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?			

M/T34/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugsperso- nen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?			

M/T35/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?			

M/T40/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Körperpflege

M/Info	
15.1	Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/T29/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info	
15.3	Mundzustand/Zähne
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

M/B		ja	nein	E.
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T21/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T20/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T31/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		<small>E.</small>
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>		<small>E.</small>
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Sonstiges

(Freitext)

Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

18. Befragung der Bewohner

M/Info					
18.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info						ja	nein
18.2 Angaben zum Bewohner							
a. Name							
b. Pflegekasse							
c. Pflege-/Wohnbereich							
d. Geburtsdatum							
e. Pflegegrad							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			
f. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T67/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.3 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?						<input type="checkbox"/>					

M/T68/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.4 Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?						<input type="checkbox"/>					

M/T60/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.5 Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?						<input type="checkbox"/>					

M/T61/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.6 Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?						<input type="checkbox"/>					

M/T62/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.7 Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?						<input type="checkbox"/>					

M/T63/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.8 Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?						<input type="checkbox"/>					

<small>M/T69/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.9	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T70/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.10	Schmeckt Ihnen das Essen?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T66/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T71/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T72/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.13	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T73/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T74/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.15	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T75/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.16	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T76/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T65/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie		k. A.
18.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T77/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>					
<small>M/T64/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	<input type="checkbox"/>					